

Las infiltraciones de corticoides

Los corticoides son medicamentos antiinflamatorios potentes, prescritos durante los brotes inflamatorios y de dolor ligados a la artrosis.

Inyectados directamente en la articulación, son a la vez más eficaces (por actuar más cerca de la lesión artrósica) y mejor tolerados (menos efectos indeseables) que los corticoides administrados en forma de comprimidos.

Sin embargo, no son medicamentos anodinos. Incluso si se inyectan localmente en la región que se quiere tratar, siguen teniendo que respetar condiciones de uso y precauciones de empleo.

¿Por qué y cómo?

En la artrosis, las inyecciones de corticoides tienen una **acción antiinflamatoria**, muy valiosa en los brotes agudos, y una **acción analgésica**, muy valiosa cuando los analgésicos habituales fracasan. En los 2 casos, las inyecciones intraarticulares de corticoides permiten «superar un obstáculo difícil».

Las infiltraciones de corticoides se practican en la consulta del médico. El médico se rodea de las precauciones de asepsia habituales: desinfección de la región antes de la inyección y colocación de un apósito seco que recubra el punto de entrada de la aguja tras la inyección.

Con una aguja montada en una jeringa, el médico pincha la piel y luego penetra en la articulación. Este se asegura de que está dentro de la articulación aspirando una pequeña cantidad de líquido sinovial. En un segundo momento, inyecta el antiinflamatorio. En caso de «derrame sinovial», es conveniente evacuarlo antes de inyectar el corticoide.



Al final de la inyección, el regreso al domicilio se realizará en coche y se recomienda el reposo de la articulación durante 48 horas. En regla general, la tolerancia de la inyección es buena y los dolores ligados a la artrosis disminuyen en pocos días (entre 2 días y 2 semanas). El mismo paciente se ocupará de la vigilancia. Un recrudecimiento del dolor, la aparición de signos inflamatorios (calor, rojez e hinchazón de la articulación), o de fiebre son signos de alarma. La opinión del médico de cabecera es imperativa.

En muy pocos casos se realizan más de 3 infiltraciones al año en la misma articulación. Es una regla que se instituyó cuando se realizaron las primeras infiltraciones de corticoides, no debido al riesgo de dañar la articulación, sino más bien porque esto llevaría a la ausencia de eficacia de las mismas. Sigue siendo una regla si no válida, deseable.

¿Qué efectos indeseables cabe temer?

La inyección intraarticular de corticoides puede ser responsable de trastornos ligados a la inyección o al producto inyectado.

La inyección intraarticular de un producto puede desencadenar:

- una molestia vagal, reacción de hiperemotividad que se manifiesta con sudores y un malestar general que puede llegar hasta la pérdida breve del conocimiento; es un malestar benigno que se trata con la sobreelevación de los miembros inferiores;
- un sangrado dentro de la articulación o en el trayecto de la aguja; el riesgo es mayor en caso de hemofilia o de tratamiento anticoagulante; en estos casos, el médico debe rodearse de un gran número de precauciones (diámetro de la aguja, técnica de inyección) o desaconsejar la inyección;
- una infección articular, muy poco frecuente, con signos inflamatorios y fiebre, necesitando un tratamiento hospitalario con antibióticos en perfusión.

La inyección intraarticular de corticoides puede tener consecuencias en:

- un paciente diabético: si la diabetes está mal equilibrada, es preferible abstenerse;
- un paciente alérgico: aunque las alergias a la cortisona son excepcionales, señalar al médico todas las alergias conocidas es la mejor manera de prevenir los accidentes;
- un paciente «infectado»: si la enfermedad infecciosa está activa, es conveniente retrasar la infiltración para evitar el agravamiento de la infección.